

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## I. 5 PRZYPADKÓW

### **Pęknięcia naczyń wewnątrzczaszkowych pochodzenia urazowego bez uszkodzenia kości czaszki.**

PODAJE

**D-r Med. Henryk Kucharzewski**

Ordynator Szpitala Ewangelickiego.

Pęknięcia naczyń wewnątrzczaszkowych pochodzenia urazowego bez uszkodzenia kości czaszkowych należą do przypadków rzadkich i budzą zainteresowanie tak pod względem klinicznym, jak i sędowo-lekarskim. Przy zmianie kształtu, jakiej podlega czaszka podczas urazu, rozciągają się i tętnice w tym samym kierunku, co i molekuly czaszki, czaszka jednakże, dzięki swej sprężystości, powraca do swej pierwotnej formy, gdy tymczasem mniej sprężysta tętnica rozrywa się. Najczęściej podobnemu rozerwaniu podlega tętnica oponowa średnia (art. meningea media); sprzyja temu rozgałęzienie naczyń w wyźłobieniach czaszki, oraz połączenia z kością przy pomocy rami perforantes. Naczynia piaie matris mogą również podlegać uszkodzeniu. Podług v. Bergman'a przy zmianie kształtu czaszki wskutek urazu jednocześnie i mózg in toto podlega przesunięciu, przyczem mianowicie te żyły,

które idą z górnych bocznych części półkul mózgowych od pia do sinus longitudinalis, mogą właśnie przy samej zatoce oderwać się. W przypadkach tych może nawet brakować widocznego uszkodzenia zewnętrznych, miękkich powłok.

Ten rodzaj uszkodzeń wywoływany bywa najczęściej przez lekkie urazy, jak uderzenia kijem, pięścią, kamieniem i t. p.

Poniżej podaję 5 przypadków pęknięcia naczyń wewnątrzczaszkowych bez uszkodzenia czaszki. Trzy z tych przypadków znane mi są z protokołów sądowo-lekarskich, na podstawie których wydawałem opinię jako biegły; czwarty przypadek obserwowałem na oddziale moim w Szpitalu Ewangelickim, piąty zaś spostrzegął kol. Ludwik Bregman, jego też uprzejmości opis tego przypadku zawdzięczam.

---

#### PRZYPADEK I (sądowo-lekarski).

Młody człowiek został wieczorem uderzony kijem w głowę; po uderzeniu z trudnością mógł się utrzymać na nogach i skarżył się na ból głowy, wskutek czego zaprowadzono go do domu. W domu zaczął bredzić, stracił przytomność i na drugi dzień rano zmarł o godz. 11-ej. Protokół oględzin lekarskich opiewa co następuje.

Mężczyzna lat około 18, wzrostu średniego, dobrej budowy i odżywiania; objawy gnicia występują bardzo wyraźnie, szczególnie na twarzy, szyi i górnej części tułowia; na tych wszystkich miejscach skóra ma barwę brudno-zieloną, gdzieś-niegdzie oddziela się. Głowa kształtu okrągłego, włosy krótkie, w okolicy kości potylicowej widać brudno-wiśniowe ociekliny pośmiertne. W okolicy lewej ciemieniowej kości znajduje się siniak wielkości jajka. Po przecięciu skóry w owym miejscu widać podbiegnięcie krwawe, powstałe za życia. Sklepienie czaszki nienaruszone, kości normalnej grubości. Zatoki opony twardej napełnione ciemną płynną krwią w znacznej ilości; opony mózgowe wybitnie przekrwione, szczególnie z le-

wej strony, na miejscu, odpowiadającym lewej ciemieniowej kości. Na powierzchni lewej strony mózgu, w okolicy odpowiadającej opisanemu wyżej siniakowi miękich powłok czaszki, znajduje się nieznaczne wynacznienie pod postacią małego ciemnego skrzepu; lewa komórka boczna znacznie rozciągnięta i wypełniona dużymi skrzepami krwi. Druga komórka boczna nic nadzwyczajnego nie przedstawia. z wyjątkiem niezbyt silnego przekrwienia; pozostałe komórki, a także mózdzek i rdzeń przedłużony oprócz objawów wyraźnego przekrwienia nic osobliwego nie przedstawiają. Ściany naczyń wogóle cienkie. W narządach wewnętrznych zmian patologicznych nie ma.

Śmierć nastąpiła, jak protokół opiewa, wskutek pęknięcia splotu krwionośnego i krwotoku w lewej komórce bocznej.

W wyżej opisanym przypadku, wskutek uderzenia w głowę nastąpił krwotok śmiertelny z głębokich naczyń mózgu, bez uszkodzenia jednakże kości czaszki.

---

## PRZYPADEK II (sądowo-lekarski).

N. N. dostał wieczorem kilka uderzeń w głowę pałką; bezpośrednio po uderzeniu upadł na ziemię, lecz podniósł się niebawem i poszedł do domu, zataczając się. Doszedłszy do domu, upadł na ziemię; gdy go do izby przeniesiono, zdążył powiedzieć, kto go pobił, stracił przytomność i zmarł w nocy.

Badanie pośmiertne wykazało, co następuje:

Na ciele żadnych uszkodzeń nie znaleziono. W lewej okolicy ciemieniowej znajduje się siniak. Powłoki czaszki normalne, w lewej okolicy ciemieniowej podbiegnięte. Opony: twarda i mięka barwy szarej wskutek gnicia. Tkanka mózgowa barwy szarej; z lewej strony pod oponą twardą znaleziono kilka skrzepów krwi. Kości czaszki nieuszkodzone, szczelin nigdzie niema—ani na sklepieniu, ani na podstawie czaszki. Przyczyną śmierci był krwotok wewnątrzczaszkowy.

W przypadku tym mieliśmy również do czynienia z pęk-

nięciem naczyń wewnątrzczaszkowych bez uszkodzenia czaszki. Protokół oględzin nie mówi, jakie naczynie uległo pęknięciu; zapewne rozkład ciała stanął na przeszkodzie bliższemu wyjaśnieniu tej sprawy. Sądząc z obecności skrzepów krwi pod oponą twardą, przypuszczam, że pęknięciu uległa jedna z tętnic oponowych.

### PRZYPADEK III (sądowo-lekarski).

Młody mężczyzna został pobity łopatą i pałą, wskutek czego stracił przytomność i w kilka godzin po wypadku życie zakończył.

Badanie pośmiertne wykazało, co następuje:

Denat lat około 28, wzrostu średniego, budowy i odżywiania średniego; gnicie niezbyt znaczne, powłoki zewnętrzne blade, oczy zamknięte, język za zębami. W lewej okolicy ciemieniowej widać dwie rany o równych brzegach, dochodzą one do kości, długości 6 ctm., szerokości 1 ctm. Prawa i lewa okolice ciemieniowe pokryte licznymi, dużymi sińcami. Miękie powłoki czaszki podbiegnięte krwią. Kości czaszki grube; żadnych uszkodzeń kości niema. Opony mózgowe silnie nastrzyknięte krwią. Po przecięciu opon widać, że prawa półkula mózgu pokryta skrzepami krwi na znacznej przestrzeni. W prawej bocznej komórce nieznaczny wylew, lewa boczna komórka normalna.

W narządach wewnętrznych żadnych zmian patologicznych, ani uszkodzeń nie znaleziono.

W przypadku tym podobnie, jak i w poprzednim, przyczyną był krwotok podoponowy; kości były całe.

### PRZYPADEK IV (kliniczny).

Przypadek ten spostrzegalem na oddziale moim w Szpitalu Ewangelickim.

T. Z., szewc, lat 34, przed trzema tygodniami został uderzony w głowę kijem bilardowym; po uderzeniu stracił przytomność, którą jednakże wkrótce odzyskał; jednocześnie wystąpił niedowład prawostronny z porażeniem n. twarzowego i niemotą. Chory przed wypadkiem cieszył się dobrem zdrowiem; nigdy nie chorował. Przymiotu nie przechodził.

Przy badaniu znalazłem, co następuje:

Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiany średnio; stan bezgorączkowy; na głowie żadnych śladów uszkodzeń: ran, siniaków, zdrapań niema. Czaszka na dotyk niebolesna. Lekki niedowład n. twarzowego prawego. Siła mięśniowa prawej kończyny górnej osłabiona. Hypaesthesia. Siła mięśniowa prawej kończyny dolnej w mniejszym stopniu osłabiona, aniżeli kończyny górnej. Zaburzeń czucia w nodze niema. Odruch rzepkowy z prawej strony nieco wzmożony. Chory chodzi o kiju, powoli, utykając na prawą nogę. Mowa utrudniona. Żrenice równe, oddziaływanie zachowane. Ze strony narządów wewnętrznych zmian chorobowych niema. Tętno równe — 90.

Na podstawie wywiadów i badania doszedłem do przekonania, że uderzenie w głowę spowodowało prawdopodobnie wylew w torebce wewnętrznej lub jej sąsiedztwie z następczym porażeniem jednostronnem. Zaleciłem choremu jodek potasu i spokój. Chory przebył w szpitalu 4 tygodnie. Mowa szybko powracała; również i niedowład nogi szybko ustępował. Władza i czucie w rękę powolniej powracały. Chory wypisał się ze znaczną poprawą.

---

#### PRZYPADEK V (kliniczny).

Przypadek ten, jak już wspominałem, obserwował na oddziale swoim kol. L. Bregman.

C. G., lat 67, przed 3 dniami spadła ze schodów; bez-

pośrednio po wypadku została sparaliżowana; przytomności nie straciła.

Przy badaniu znaleziono, co następuje: Chora odżywiona średnio, stan bezgorączkowy, nieznaczne podniecenie; uskarża się na ból głowy i karku. Lewa okolica ciemieniowa przy opukiwaniu więcej bolesna, niż prawa. Tętno 60, niekiedy arytmiczne; tętnica niezbyt twarda, napięcie średnie. Pulsatio in jugulo, wyczuwa się wyraźnie ciało pulsujące, wielkości orzecha włoskiego, wychodzące z pod mostka, ciało to skręca łukowato ku prawej stronie. Tępość serca zwiększona w wymiarze podłużnym, w wymiarze poprzecznym dochodzi z prawej strony do  $\frac{1}{3}$  części mostka. W górnej części mostka szmer skurczowy.

Porażenie lewostronne. Podnosi lewą nogę na bardzo krótko, choć dość wysoko. Paluch stale w extensio. Lewy odruch rzepkowy osłabiony, odruch ścięgna Achillesa zniesiony, odruch Babińskiego bardzo wyraźny. Czucie bólowe zmniejszone.

Porażenie lewego nerwu twarzowego, zwłaszcza w dolnej gałęzi.

Źrenice wąskie, równe, reagują dobrze. Ruchy gałek ocznych zachowane. Język zbacza nieco na lewo, drży.

Na ciele z lewej strony liczne sińce. Chora rozumie wszystko, podaje swój adres, nazwisko.

Rozpoznano: Haemiplegia sinistra wskutek wylewu w mózgu (pochodzenia urazowego). Aneurysma aortae. Zalecono środek czyszczący, pijawki za uszami, spokój.

Dnia następnego po przybyciu do szpitala wykonano w dwóch miejscach próbne przekłucie łądźwiowe, płynu jednakże nie wydobyto.

Chora po kilkodniowym pobycie w szpitalu przy objawach śpiączki i zapaści życie zakończyła.

Badanie pośmiertne wykazało: Kości czaszki nienaruszone. Przekrwienne opony miękkiej; krwotoki pod oponą mięką; wylewy krwawe szczególnie na prawym zrazie potylicowym

i na mózdzku; ogromny wylew w torebce wewnętrznej, pagórku wzrokowym, w ciele soczewicowatym i całej komórce bocznej.

Aneurysma sacciforme aortae ascendentis, rozszerzenie art. anonymae. Liczne zwapnienia w tętnicy głównej i tętnicy bezim. (plaques sclerotiques). Degeneratio adiposa cordis, hypostasis pulmonum.

Zestawiając wszystkie te 5 przypadków, widzimy:

1-0, że we wszystkich przypadkach bez uszkodzenia czaszki wystąpił krwotok wewnętrzny.

2-0, 4 przypadki dotyczą ludzi młodych, bez wyraźnych zmian w naczyniach, jeden przypadek miał miejsce u osoby w podeszłym wieku ze zmianami w naczyniach.

3-0, w 1 przypadku chory nie od razu stracił przytomność, zaprowadzono go do domu i tu dopiero stracił przytomność; w 2 przypadku zaszedł sam do domu i dopiero tam stracił przytomność; w 3 — stracił przytomność natychmiast; w 4 — stracił przytomność natychmiast, lecz ją wkrótce odzyskał; w 5 — nie stracił przytomności.

4-0, w 1 przypadku żył  $\frac{1}{2}$  doby; w 2 — kilka godzin; w 3 — kilka godzin; w 4 — żyje; w 5 — żyła kilka dni.

5-0, w 1 i 2 krwotok odpowiadał miejscu urazu; w 3 przypadku urazy były z prawej i lewej strony, krwotok zaś tylko z prawej; w 4 i 5 przypadku nie można ustalić stosunku miejsca urazu do krwotoku.

6-0, umiejscowienie krwotoku: w 1 przyp. na powierzchni mózgu i w lewej komórce bocznej; w 2 przyp. na powierzchni mózgu pod oponą twardą; w 3 przyp. na powierzchni mózgu i w prawej komórce bocznej; w 4 p. prawdopodobnie w substancji lewej półkuli mózgu, w bliskości capsula interna (w szarych gangliach); w 5 przyp. w capsula interna, pagórku wzrokowym, w ciele soczewicowatym i w całej komórce bocznej.

Zatem uległo pęknięciu w 1 przyp. prawdopodobnie art. choroidea; w 2 p. jedna z tętnic oponowych; w 3 p. tętnica

oponowa i art. choroidea; w 4 i 5 — prawdopodobnie jedna z tętnic unaczyniających, ganglia basalia i capsula interna.

Spostrzeżenia te pouczają:

1) że pomimo nieuszkodzenia czaszki może nastąpić krwotok wewnątrzczaszkowy;

2) że krwotok taki może być ciężki, śmiertelny w ciągu kilku lub kilkunastu godzin;

3) że występuje nawet u ludzi młodych;

4) zwykle odpowiada stronie urazu, może jednak wystąpić niekiedy i z przeciwległej strony;

5) że krwotok następuje natychmiast, lub też po pewnym czasie, niekiedy nawet po kilku tygodniach (Traumatische Spätapoplexie).

---

Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej Szpitali Warszawskich  
w szpitalu ś-go Ducha.

## II. O działaniu farmakologicznem kakodylanu sodu.

PODAŁA

**D-r med. Matylda Biehler.**

---

(*Ciąg dalszy*).

Sztange twierdzi, że arsenik podawany pod postacią zastrzykiwań podskórnych zwiększa ilość czerwonych ciałek. Autor dawał w białaczce po 0,002—0,004 na dobę. Po kilku miesiącach ilość czerwonych ciałek z 3,500,000 przeszła do 5,000,000; stosunek białych ciałek do czerwonych przeszedł z 1:50 do 1:24; ilość hemoglobiny zwiększyła się (po skończonej kuracyi była 86%, przedtem 76%). Fonoglio znalazł także, że arsz. zwiększa ilość czerwonych ciałek i hemoglobiny.



Podobne zachęcające wyniki otrzymał jeszcze w r. 1884 Warfinge, który po 3-miesięcznym leczeniu chorego na białaczkę za pomocą zastrzykiwań arseniku widział znakomite polepszenie: sztosunek białych ciałek do czerwonych był zamiast—jak przed leczeniem—1 : 1—1 : 10 po leczeniu. W 7 przypadkach zaś niedokrwistości złośliwej otrzymał autor zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi; mimo to, 4 przypadki zakończyły się śmiercią.

O dobrych wynikach przy chloronie mówi jeszcze Mendel, nie podaje jednak cyfrowych danych odnośnie do krwi; niemniej i Graff, który zaznacza tylko ogólne polepszenie, przyczem dodaje, że 68-letni chory, który z powodu silnego osłabienia (anaemia gravis) musiał leżeć, po 25 iniekcjach natr. cacod. wstał, po 10 zaś jeszcze—bladłość tkanek znacznie się zmniejszyła; badania krwi nie robiono.

Nikati z Genewy badał krew u 6 tuberkulików przed rozpoczęciem kuracyi kakodylowej i po skończeniu takowej i doszedł do wniosku, że kakodyl zwiększa ilość czerwonych i białych ciałek krwi, niemniej i ilość hemoglobiny już po kilkakrotnem zastrzyknięciu, nigdy jednak nie dochodził autor do tak bajecznych rezultatów, jak Widal i Merklen; Nikati dodaje wszakże, że miał do czynienia z tuberkulikami, których stan krwi nie był jeszcze rozpaczliwy (ilość czerwonych ciałek wahała się między 4,092,000 i 4,867,000, po 5 iniekcjach—między 4,433,000 i 4,929,000).

Istnieje jednak cały szereg autorów, którzy widzieli zmniejszenie ilości czerwonych ciałek i barwnika krwi—że wymienię tutaj Stierlin'a, Delpeuch'a, Cutler'a i Bradford'a; ci ostatni twierdzą nawet, że tak u chorych, jak i zdrowych osobników, którzy biorą arsenik (np. Liq. Fowleri), ilość ciałek czerwonych się zmniejsza. Do podobnych wyników dochodzi Biernacki, który mówi, co następuje, w swej wyczerpującej pracy: „Chociaż arsenik może w pojedynczych przypadkach warunkować przejściowe podniesienie się liczby ciałek czerwonych i odsetki substancyi suchej, jednakże dłuższe

stosowanie (jak to zwykle bywa) nawet małych dawek tego leku stale prowadzi do pogorszenia składu krwi we względnie liczby ciałek czerwonych i zawartości substancji suchej, nieraz wprost do powstania wyraźnej hyhremii krwi, czyli anemii — co wreszcie wcale nie oznacza niepomyślnego działania tego leku—pogorszenia stanu chorych”. Ograniczamy się tutaj na zacytowaniu tych kilku zdań, po bliższe szczegóły odsyłając do oryginalnej pracy autora.

Willcocks badał krew w 7 przypadkach niedokrwistości złośliwej przy użyciu żelaza i arseniku. Badania trwały 2—12 miesięcy. Krew badano co tydzień, hemoglobinę określano sposobem Hayem'a (do rozpuszczenia krwi brał autor płyn Gowera's'a). Badania pozostały bez rezultatu.

Zielemin znów badał krew chorych na łuszczycę; ilość hemoglobiny określał za pomocą aparatu Gland'a, ilość ciałek krwi za pomocą komory z podziałkami Mallassez'a. Jeden chory pozostał bez leczenia. 5-iu otrzymywało azjatyckie pigułki od  $\frac{3}{30}$  do  $\frac{8}{30}$  pro die. Wszyscy chorzy znajdowali się w jednakowych warunkach.

Wyniki były następujące: U chorego, który w ostrym okresie arseniku nie dostawał, procent oksyhemoglobiny i ilość czerwonych ciałek krwi zmniejszyła się tak w okresie wysypki, jak i w okresie znikania tejże. Toż samo miało miejsce i u chorych, którzy brali arsenik, w przypadkach jednak starej łuszczycy, w której występowały obostrzenia (recydywy), zmniejszała się tylko ilość hemoglobiny; ilość czerwonych ciałek pozostawała bez zmiany.

Co się tyczy białych ciałek, to zmiany nie były wybitne w okresie wysypki; ilość ich zwiększała się w okresie zaniku— ilość białych ciałek zmniejszała się, by znów się powiększyć przy końcu leczenia arsenikiem.

Autor przypisuje to powiększenie się ilości białych ciałek rozdrażniającemu działaniu arseniku na krwiotwórcze narządy, w szczególności na szpik kostny. Tego samego zdania są: Brouardel i Pouchet. Arsenik działa w łuszczycy nie przez

polepszenie składu krwi i odżywianie chorych, według autora, lecz przez uspakajający wpływ na układ nerwowy.

Autor badał jeszcze krew u chorych na erythema exsudativum multiforme i tutaj w ostrym okresie znalazł zmniejszenie % oksyhemoglobiny i ilości czerwonych ciałek, oraz zmniejszenie ilości białych.

B a u m a n robił badania na zwierzętach sztucznie bezkrwistych (przez upust krwi) i do podobnych doszedł wyników: ilość czerwonych ciałek pozostała bez zmiany pod wpływem arszeniku.

Oto, mniej więcej, dane, jakie zdołaliśmy zebrać w piśmiennictwie odnośnem.

---

Przechodząc teraz do wyłożenia wyników doświadczeń naszych, zaznaczamy, że mieliśmy na względzie dwie sprawy, a mianowicie: wpływ kakodylu na krew i działanie tego środka na procesy utleniania w ustroju.

---

## I. WPLYW KAKODYLU NA KREW.

Badania nasze prowadziliśmy na królikach i na ludziach.

Chcąc się przekonać, czy króliki dobrze znoszą kakodyl i, wogóle, jak na nich środek ten działa, rozpoczęłam zastrzykiwania od możliwie małej dawki (od 0,005), przechodząc stopniowo do większej (0,01—0,015). Zastrzykiwania robione były co drugi dzień. Pod obserwacją znajdowały się króliki w ciągu 2 miesięcy: 2 tygodnie przed rozpoczęciem zastrzykiwań, 4 tygodnie w czasie zastrzykiwań i 2 tygodnie po skończeniu takowych.

Waga początkowa królików wahała się między 2300—2220 gr.

Wszystkim królikom przybywało wagi od 300—400 gr. po zastrzykiwaniach.

Przed zastrzykiwaniami i po zastrzykiwaniach przybywało albo bardzo niewiele (50—100 gr.), albo wcale nie przybywało wagi.

W tych przypadkach, w których zwiększano dawkę, zwiększał się też i przyrost wagi.

Przekonawszy się tym sposobem, że króliki dobrze znoszą kakodyl i że przybywa im wagi (jak to ma miejsce u dzieci — o czym już dawniej pisałam w pracy mojej o działaniu arszeniku u dzieci), rozpoczęłam badanie krwi u tych królików (nowa serya zwierząt), które miały być poddane dalszym badaniom.

Po skończonym okresie zastrzykiwań oraz w czasie zastrzykiwań krew była ponownie badana.

Wyniki otrzymałam następujące:

I. *Królik szary, wagi 2250 gr.*

Skład krwi na 2 tygodnie przed rozpoczęciem zastrzykiwań: ciężar gatunkowy 1040, hemoglobiny 70%, czerwonych ciałek 6,800,000, białych ciałek 16,800.

Na tydzień przed rozpoczęciem zastrzykiwań badano krew po raz drugi: ciężar gatunkowy, ilość hemoglobiny bez zmiany, ilość ciałek czerwonych także, białych—16,700.

Zastrzykiwania rozpoczęto tego samego dnia, w którym po raz drugi badana była krew.

Pierwsza dawka równała się 0,005, następne po 0,01 i 0,015.

Królik otrzymał 15 zastrzykiwań, co stanowi 0,16 Natri cacod. Wagi przybyło 250 gr. Skład krwi przedstawia się jak następuje: ciężar gatunkowy 1050, hemoglobiny 78%, czerwonych ciałek 6,000,000, białych—5500.

II. *Królik szary, wagi 2300 gr.*

Doświadczenie prowadzone w ten sam sposób, co i pierwsze.

Skład krwi na tydzień przed rozpoczęciem zastrzykiwań: ciężar gatunkowy 1046, hemoglobiny 74%, czerwonych ciałek 6,300,000, białych—15,000.

Skład krwi w tydzień po tem bez zmiany. Skład krwi po 15 zastrzykiwaniach (wagi przybyło 250 gr.; królik otrzymał też 0,16 Natr. cacod.): ciężar gatunkowy 1050, hemoglobiny 76%, czerwonych ciałek 6,000,000, białych—7,000.

III. *Królik szary, wagi 1780 gr.*

1-e badanie składu krwi przed rozpoczęciem zastrzykiwań: ciężar gatunkowy 1050, hemoglobiny 79%, czerwonych ciałek 6,500,000, białych—11,250.

2-ie badanie składu krwi przed zastrzykiwaniami: dane, mniej więcej, te same.

3-ie badanie składu krwi po dawanii kakodylu (otrzymał 0,16 Natri cacod.): ciężar gatunkowy 1052, hemoglobiny 81%, czerwonych ciałek 6,400,000, białych—8,700.

Przybyło wagi 390 gr.

IV. *Królik biały, wagi 2020 gr.*

1-e badanie przed zastrzykiwaniami: ciężar gatunkowy 1041, hemoglobiny 78%, czerwonych ciałek 6,800,000, białych—8,700.

2-ie badanie przed zastrzykiwaniami—bez zmiany.

3-ie badanie po skończonym okresie zastrzykiwań, t. j. po otrzymaniu 0,16 Natri cacod.: ciężar gatunkowy 1049, hemoglobiny 80%, czerwonych ciałek 4,200,000, białych—5,200. Królikowi przybyło 480 gr.

V. *Królik szary, wagi 2020 gr.*

1-e badanie krwi przed rozpoczęciem zastrzykiwań: ciężar gatunkowy 1048, hemoglobiny 78%, czerwonych ciałek 4,350,000, białych—11,500.

2-ie badanie dało też same wyniki.

3-ie badanie po zastrzykiwaniach i otrzymaniu 0,16 Natri cacod.: ciężar gatunkowy 1048, hemoglobiny 79%, czerwonych ciałek 2,500,000, białych—9,000.

Wagi przybyło 200 gr.

---

## II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

*Przypadek 1-szy.*

Chora 28-letnia, B., ojciec i matka zdrowi.

Po porodzie silny krwotok oraz para- i perimetritis; chorowała na to zapalenie 3 miesiące. Obecnie objawy anemii (szmery, bóle, zawroty głowy); skóra przezroczysto-biała; nie może chodzić, tak się czuje osłabioną. Waży 128 f. Objawy histeryi.

Skład krwi: ciężar gatunkowy 1054½, hemoglobiny 60%, czerwonych ciałek 3,600,000, białych—8,900.

Zaraz po zbadaniu krwi rozpoczęłam kurację kakodylową. Chora otrzymała 12 zastrzykiwań po 0,05 i 12 po 0,075. Zastrzykiwania robiono co drugi dzień; zносиła je chora doskonale. Już po 10 zastrzykiwaniach chora waży 132 f., zaczyna chodzić, ma lepszy apetyt, jest weselsza, twarz ma różową. Po ostatniem zastrzykiwaniu chora waży 137 f.; wychodzi na spacer, czuje się doskonale, uważa się za zdrową, prosi o przerwanie kuracyi z powodu wyjazdu.

Badanie krwi po ostatniem zastrzykiwaniu: ciężar gatunkowy 1055, hemoglobiny 68%, czerwonych ciałek 3,000,000, białych—8,200.

*Przypadek 2-gi.* P. Ol., chora 21-letnia, nie obciążona dziedzicznie. Katar kiszek. Condensatio ap. dextri. Nader błada—objawy niedokrewności. Waży 101 f.

Badanie krwi przed kuracją kakodylową: ciężar gatunkowy 1056, hemoglobiny 71%, czerwonych ciałek 6,025,000, białych—4,700.

Po 12 zastrzykiwaniach, robionych co drugi dzień (à 0,03), apetyt się poprawia, rozwolnienie ustaje; chora czuje się dobrze; waży 104 f.

Skład krwi przedstawia się, jak następuje: ciężar gatunkowy 1052, hemoglobiny 76%, czerwonych ciałek 3,600,000, białych—3,700.

Zachęceni poprawą stanu ogólnego, prowadzimy kurację dalej—robimy jeszcze 24 iniekcje seryami przez 4 dni, przerwa 4-dniowa i t. d. Po 24 zastrzykiwaniach ( $\hat{a}$  0,05) chora waży 111 funtów.

Badanie krwi wykazuje: ciężar gatunkowy 1056, hemoglobiny 85%, czerwonych ciałek 3,480,000, białych—3,100.

Chora czuje się doskonale (silna, rumiana, wesoła, bólu głowy nie ma); prosi jeszcze o iniekcję, nie zgadzam się jednak, bynajmniej nie zachęcona działaniem leku na krew.

(*e. d. n.*).

### III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Chirurgia.

359. Oettingen. **Postrzałowe zranienia brzucha** (podług doświadczeń w wojnie rosyjsko-japońskiej 1904—1905). (Arch. f. klin. Chirurg. Tom 80, Z. I).

Zranienia zadane kulami karabinowemi, co do swej ciężkości, zależą od szybkości, z jaką pada pocisk, od kąta padania na ciało, jakości pocisku, odległości, z której strzelano, a w końcu od budowy i napełnienia danego organu. Zranienia, zadane z odległości mniej jak 400 metrów, są zwykle bardzo ciężkie. Pusty żołądek, kiszki i naczynia usuwają się nieraz przed kulą. Kiszka, zraniona kulą, przedstawia w swych warstwach rozmaite zniszczenia. Najwięcej cierpi zawsze błona śluzowa, jako najmniej elastyczna, potem błona surowicza, a najmniej błona mięsna. Naczynia krwionośne mimo prze-strzelenia nie krwawią zwykle silnie, bo krwotok tamują okoliczne tkanki, a otwór w naczyniu szybko zamyka się skrzepem. Zranienia wątroby, śledziony i nerek są groźne jedynie, jeżeli wystąpi krwotok. Napełniony pęcherz moczowy pęka zwykle w kilku miejscach.

W ogóle jednak śmierć z postrzału brzucha na polu walki należy obecnie do rzadkości. Po zranieniu kiszek z reguły następuje odruchowe wstrzymanie ruchu robaczkowego i zaparcie stolca. Mimo braku objawów zapalnych gorączka występuje zwykle. Pierwotne zapalenie otrzewny wywiązuje się rzadko, częściej natomiast krwiaki, ropnie lub następowe, i zwykle przewlekłe zapalenie otrzewny, i to często wskutek złego transportu zranionego. Postrzały wywołują nieraz następowe przetoki (kałowe, żółciowe, moczowe), te jednak goją się dobrze bez operacyi.

Procent śmiertelności w postrzałach brzucha, obecnie najwyżej 50%, w wojnie niemiecko-francuskiej wynosił 70%.

Rokowanie i gojenie się postrzału brzucha zależy bardzo od rodzaju pocisku, zachowania się chorego przed udzieleniem mu pierwszej pomocy, od tejże pomocy, a dalej — od transportu. Zranienia szrapnelami są zwykle bardzo ciężkie; towarzyszy im zwykle ropienie, bo kula zabiera ze sobą w głąb ciała drobnoustroje ze skórą i ubraniem. Szrapnele miażdżą naczynia krwionośne i wywołują groźne krwotoki; powłoki brzuszne rozszarpują i powodują wypadanie kiszek. Śmiertelność od zranień szrapnelami 70%. Zranienia pociskami armatnimi spotyka się głównie na tylnych częściach ciała (odwrot).

Postrzał karabinowy brzucha nie wywołuje shocku, a nieraz żołnierz walczy dalej i bólu żadnego nie odczuwa.

Bardzo trudno na polu walki rozpoznać rodzaj zranienia, a tylko krwotok, wymioty, ewentualnie przetoka na brzuchu daje nam znać o poważnym zranieniu. Wobec też tego, dalej, z powodu, że wiele postrzałów leczy się dobrze bez operacyi, radzi autor obecnie operować tylko w razie koniecznej potrzeby, a zalicza do tego groźny krwotok, wypadnięcie trzewi i t. d. Pusty żołądek i kiszki dają wielką rękojmię, że zranienie będzie lżejsze; trudno jednak żołnierzom przeczyszczać lub kazać im pościć przed bitwą, do której im sił potrzeba. Oficerzy tu i owdzie brali jednak kalomel zapobiegawczo. Żołnierzy powinno się pouczać, by w razie postrzału brzucha leżeli spokojnie i nic nie jedli i nie pili. Patrole sanitarne często grzeszą przeciw temu i zranionych w brzuch chcą zaraz pokrzepić z faszki polowej. Zranionych należy zostawić pewien czas (4—5 godzin) w spokoju, a potem dopiero transportować. Przy takim postępowaniu zdarzyć się może, że



ktos się skrwawi, ale wogóle wyniki będą znacznie lepsze, niż przy natychmiastowym transporcie.

Jako pierwszy opatrunek poleca autor tabletkę kollargolu, kawałek gazy i mastyks.

Przy wypadnięciu trzew należy takowe po odczyszczeniu odprowadzić i jamę brzuszną wytamponować.

W razie zranienia kiszki, należy takową umocować w ranie. Wycięcie kiszki powinno być ewentualnie robione dopiero po za frontem, w spokoju.

Według autora, niema racji bytu tworzyć przenośnych szpitali do otwierania jamy brzusznej na polu bitwy, a lepiej te pieniądze obrócić na polepszenie i udoskonalenie transportu. Leczenie zachowawcze w szpitalach musi być szablonowe, a to z powodu braku dostatecznej liczby sił lekarskich i ciąglej zmiany personelu sanitarnego. Tak n. p. dyetę po zranienach brzucha ustanowił autor następująca:

I dzień: prawie nic, lub herbata zimna łyżeczkami;

II „ herbata łyżeczkami;

III „ 3 jaja, herbata;

IV „ 4 jaja, bulion;

V „ 5 jaj, wino, bulion, mleko i t. d.

Ilość jaj, dla łatwiejszego spamiętania, odpowiada ilości dni choroby.

Opium autor nie podaje nigdy, lecz tylko wstrzykuje podskóźnie morfinę.

Na odżywianie przez kiszkę stolcową niema na wojnie czasu.

Miejscowo zaleca się na brzuch worek z lodem; w razie występowania objawów zapalnych — okłady gorące i pilna obserwacja, by każdej chwili wkroczyć na czas operacyjnie.

*D-r A. Klęsk.*

360. Prof. Rieder (Monachium). **Wartość prześwietlań klatki piersiowej w zapaleniu płuc, zwłaszcza przy środkowym umiejscowieniu tegoż.** (Münch. med. Wochft. N-r 40, 1906).

Za pomocą prześwietlania wykryć można dogodnie ognisko zapalne w płucach, leżące głęboko, rzuca ono bowiem na ekran wyraźny cień. Jeżeli na ekranie umieścimy płytę szklaną i na tejże ołówkiem tłustym narysujemy sobie kontury cieni i przeniesiemy to na papier, możemy, prześwietlając co-

dzień, obserwować dokładnie postęp, lub też ustępowanie nacieku.

Autor przeprowadził swe badania w 20 przypadkach zapalenia płuc, obserwując je często i prześwietlając nieraz codzień. Sposób ten jest dla chorych dogodniejszy, niż fotografowanie, wymagające choćby chwilowego spokoju i wstrzymania oddechu, co w zapaleniu płuc jest prawie niemożliwym. Prześwietlanie odbyć się może także na fotelu w pozycji siedzącej.

*D-r A. Klęsk.*

361. Schreiber i German. **O działaniu lampy rtęciowo-kwarcowej.** (Münch. med. Wochft. N-r 39, 1906).

Lampy kwarcowo-rtęciowe działają wybitnie bakteryo-bójczo. Kröhne i Feldmann wykazali, że naświetlanie przez 30—40 minut wywołuje obumarcie wszelkich drobnoustrojów. Działanie to tłumaczono sobie ciepłem (do 80°), przy tem się wywiązującym, dalej, wywiązaniem się ozonu, a w końcu działaniem promieni pozafioletowych. Celem sprawdzenia przeprowadzili autorzy swe badania z lampami w ten sposób, że wykluczali raz działanie ciepła, raz—ozonu, a raz—promieni pozafioletowych i przekonali się, że zabójczo działają w lampach jedynie promienie pozafioletowe. Drobnoustroje giną rzeczywiście po naświetleniu przez 30—40 minut.

Lampy rtęciowo-kwarcowe znajdują zastosowanie w leczeniu skórnaków, przewlekłych wyprysków skóry, toczniu, róży, w leczeniu łysiny, znamion i plam skóry, w łuszczycy, trądziku, wrzodach przewlekłych i t. d.

Promienie nie działają w głąb więcej, jak na jeden milimetr.

W leczeniu używa się naświetlania znacznie krócej, bo po 5 minut na posiedzenie, gdyż trudno przyjąć, by chodziło tu o zabicie drobnoustrojów (co, zresztą, jest rzeczą niemożliwą w skórze), jak raczej o działanie chemiczne promieni.

*D-r A. Klęsk.*

362. Klatt. **O urazowym powstawaniu chorób wewnętrznych.** (Würzburger Abhandlungen. T. 6, Z. 1).

Naukę o urazowym powstawaniu chorób wewnętrznych zainaugurował Stern. Obecnie, w miarę zakładania kas chorych i ubezpieczeń od wypadków, kwestya ta stała się żywotną.

Z chorób zakaźnych, pominąwszy czysto urazowe, jak róża, tężec i t. d., występować mogą i inne na tle urazu, i to w ten sposób, że albo uraz wprowadza wprost zarazki do organizmu, lub też istniejące w ciele pobudza do rozwoju. Tak n. p. opisał Lippmann przypadek nawrotu szkarlatyny po uderzeniu w twarz (z chorego migdałka punkt wyjścia). Urazowe powstawanie reumatyzmu stawowego nie ulega też wątpliwości, a Bernstein opisał 7 przypadków podobnych.

Reumatyzm rozpoczyna się zawsze w stawie, najbliższym miejsca zranionego. Często uraz wywołać też może nawrót reumatyzmu. Co do urazowego powstawania gruźlicy, to Sokołowski i Moser przypuszczają, że uraz wywołać może gruźlicę, ale tylko u osób nią zagrożonych. Gruźlica prosówkowa może rozwinąć się po urazie z ogniska ograniczonego. Przymiot rozwinąć się może po urazie drogą zakażenia, lub też u osobnika już zakażonego w miejscu zadziałania urazu ukazać się może nowotworowa przymiotowa zmiana: Stosunek urazu do powstawania nowotworów jest kwestyą zawiłą, a ciągle omawianą. Obecnie jednak przeważa zdanie, że uraz (nawet jedyny) wywołać może nowotwór, zwłaszcza mięsak, a przemawiają za tem liczne przypadki (Hechinger, Deilmann, Brunne i t. d.).

Urazowe włóknikowe zapalenie płuc było już nieraz obserwowane. Choroba występuje w kilka godzin po urazie. Schorzenia urazowe serca nie należą do rzadkości, a zwłaszcza ostre rozszerzenie tęż. Związku powstawania stwardnienia tętnic z urazem nie dało się jeszcze wykazać.

Wrzód żołądka, bezwątpienia, powstać może po urazie. O podskórnych zranieniach żołądka i kiszek nie trzeba zapominąć.

Powstaniu urazowego zapalenia zdrowego wyrostka robaczkowego Sonnenberg zaprzecza stanowczo, zaprzeczyć się jednak nie da, że często uraz zapalenie to wywołuje, albowiem wiele osób ma chory wyrostek.

Zranienia trzustki prowadzą do zapaleń, obumarcia i tworzenia się torbieli. Urazy wątroby powodować mogą teje stwardnienie, ropnie i wędrowanie. Nieraz po urazach obserwowano zapalenie otrzewny bez widocznego punktu wyjścia. Podobnie i gruźlicze zajęcie otrzewny. Zapalenie urazowe nerek daje się często wykazać, choć zwykle uraz pobudza sprawę już istniejącą w zarodku do rozwoju. Cukrzyca praw-

dziwa i wrzekoma występuje nieraz po urazie, i to nawet psychicznym, lub po urazach systemu nerwowego.

Podobnie obserwowano typowe wystąpienie po urazie białaczki prawdziwej i wrzekomej. Nerwica urazowa jest cierpieniem bardzo częstym obecnie, chociaż łączymy tu pod ogólną nazwą rozmaite cierpienia. Chorobę Basedow'a odnoszą też obecnie w wielu razach do urazu; podobnie — postępujący zanik mięśni i zapalenie tychże kostniejące. Urazowe zajęcia kręgosłupa i rdzenia pacierzowego są znane.

Z chorób wewnętrznych rdzenia pacierzowego, powstających czasem na tle urazu, wspomnieć należy o stwardnieniu wielogniskowem, drżącce porażeniowej i spastycznym porażeniu.

Rencki opisał przypadek urazowego wrzekomego porażenia opuszkowego.

Choroby umysłowe występują po urazie głowy często, n. p. padaczka, porażenie postępujące i t. d. Porażenia piorunem i prądem elektrycznym wywołują też często choroby nerwowe, i to poważne.

*D-r Adolf Klęsk.*

## II. Choroby skóry.

363. D-r Edmund Saalfeld. **O stosowaniu drożdży piwnych w chorobach skóry.** (Deut. med. Wochenschr. N-r 29, 1906).

W r. 1897 ogłosił Lassar krótką notatkę o stosowaniu drożdży piwnych w czyraczności; zwrócono na to małą uwagę; autor sam zastosował je wtedy w dwóch przypadkach (świąd sromu, trądzik zgorzelinowy) bez wyników dodatnich; przyczynę widzi w trudności otrzymywania świeżych drożdży; trudność ta została pokonana z chwilą wprowadzenia w użycie drożdży piwnych w preparacie suchym, działającym skutecznie i łatwo dawkowanym pod nazwą „Furunculina”; jest to szary proszek; dawka, poczynając od 3 łyżeczek dziennie przed jedzeniem, do 3—4 łyżek stołowych. Najlepiej działają drożdże w trądziku i czyraczności; znakomicie reguluje stolec. We wszystkich przypadkach autora mocz był badany na białko, cukier i indykan; ten ostatni, często w trądziku spotykany, pod wpływem Furonkuliny znacznie się ilościowo zmniejszał. Nie na wszystkie, naturalnie, przypadki trądzika drożdże do-

brze wpływają — nie zawsze jest on zależny od zaburzeń trawienia, to też przy innych przyczynach, naprz. błednicy, rezultat leczenia drożdżami będzie ujemny. W końcu, wychodząc z założenia, że choroby skórne zwykle zależą od jakichś zбоceń w organach wewnętrznych i jako czysto miejscowe zewnętrzne choroby traktowane być nie mogą, autor zaleca stosowanie drożdży piwnych i w chronicznej pokrzywce, a nawet w łuszczycy pospolitej.

M. Hirsx.

364. Prof. d-r Doutralepont i Pryw.-Docent d-r Grouven. **O wykazaniu obecności Spirochaete pallida w wykwitach okresu trzeciorzędowego.**

Przytoczone są 4 przypadki przymiotu okresu trzeciorzędowego z historyjami chorób, ze znalezionemi w wykwitach spirochaete pallidae. Wszystkie dotychczas znane cechy były wyraźnie dowiedzione: wielkość, kształt, ostre końce i barwienie (Giemsa); trudno je było jednak w preparatach znaleźć; po bardzo długiem (nieraz parogodzinem) szukaniu udawało się autorom znaleźć jedną, ewent. nieliczne spirochaete pallidae. Pozatem znajdowali autorowie jeszcze pewne twory, w większej ilości, niż te same w stwardnieniu pierwotnem lub w wykwitach wtórnych, twory, przy słabszem powiększeniu bardzo do Spir. pall. podobne, przy bliższem zbadaniu jednak widocznie z małych jąderek się składające. Autorowie sądzą, że to są zdeformowane cząstki Spir. pallida, względnie zwyrodniałe Spir. pallidae.

M. H.

365. Dr J. v. Szaboky. **Przyczynek do etyologii łupieżu różowego (pityriasis rosea).** (Monatshefte f. prakt. Dermatol.).

Choroba powstaje zwykle u dorosłych mężczyzn niezależnie od pór roku i innych okoliczności zewnętrznych. Wysypka występuje zwykle w kształcie pojedynczej plamy (Brocq) owalnej, niebieskawo- lub szaro-różowej, miękiej, nieco nacieczonej o ostrych granicach, wielkości paznogcia dużego palca do dłoni dziecka. Zwykle po tygodniu występuje wysypka ogólna na tułowiu i ramionach, rzadziej na twarzy, nigdy na dłoni lub podeszwie. Zwykle wysypka po 4—6 tygodniach znika, rokowanie zatem jest dobre. Co się tyczy przyczyn — zdania są podzielone: jedni mniemają, że ł. r. jest pochodzenia pasorzytniczego (Hebra, Kaposi-Trichophyton,

Neisser, Pick, Unna, Lesser etc.—utrzymują, że pasorzyt ł. r. jest dotychczas nieznany), inni, nie uznając teorii pasorzytniczej, utrzymują, że ł. r. jest w zależności od zaburzeń trawienia. Autor obserwował 119 przypadków łupieżu różowego i przyszedł do następujących wniosków: żadne spostrzeżenie nie przemawia za pasorzytniczym pochodzeniem choroby; S. we wszystkich przypadkach znajdował tylko takie grzybki lub bakterye, które i łuszcząca się zdrowa skóra daje; szczepienie czystych hodowli zwierzętom lub wcieranie łuski chorej ludzkiej zdrowym—dawały stale rezultat ujemny. Przebieg choroby wskazuje, że to proces *sui generis* — wysypka, wywołana zaburzeniami trawienia. W 28% swoich przypadków autor znalazł wyraźne objawy ze strony przewodu pokarmowego: zatwardzenie, brak apetytu, kurcze żołądka etc. Wreszcie, objawy nerwowe naprowadzają na myśl, że przyczyna ł. r. polega na specjalnej do niego skłonności, wywołanej zmianami w unerwieniu skóry. W 68% swoich przypadków autor znalazł jakiegokolwiek czynnościowe zmiany w systemie nerwowym: specjalnie bez wszelkiej przyczyny występujące silne pocenie się; w jednym przypadku choroba zajęła tylko połowę ciała, w innym wystąpiła zupełnie symetrycznie; często podczas choroby chorzy skarżyli się na silne bóle głowy, które wraz z ustąpieniem wysypki znikają.

M. Hirsz.

366. H. Schlimpert. **Obecność Spirochaete pallida w organach noworodków z wrodzonym przymiotem.** (Deut. med. Woch. N-r 26, 1906).

Autor dochodzi do następujących wniosków na zasadzie swoich poszukiwań: 1) Obecność Spirochaete pallidae została wykazana w *lues congenita* po raz pierwszy w następujących organach: w żołądku, w krezce, w gruczołach krezkowych, w pęcherzyku żółciowym, nerwach obwodowych, gruczole tarczowym, migdałach, języku i błonie śluzowej jamy ustnej i nosa. 2) Sp. pall. draży nienaruszony płaski i cylindryczny nabłonek i może się wewnątrz komórki znajdować, jakkolwiek zwykle między komórkami znaleźć ją można, lub w tkance łącznej; Sp. pall. posiada dążność przebywania na powierzchni ciała, ewent. na powierzchni jam ciała, które się ze światem zewnętrznym komunikują. 3) Ponieważ Sp. pall. może być wewnątrz komórki, więc ztąd wnioskuje autor, że wszelkie wydzieliny noworodka z przymiotem są infekcyjne: płwocina,

faeces, uryna, pozatem i płyn okołopłodowy, co ma, naturalnie, znaczenie dla osób dzieckiem się zajmujących. *M. H.*

367. D-r K. A. Jegorow. **Przyczynę do kazuistyki złośliwego galopującego przymiotu.** (Rus. Żur. koż. i wener. bolez. N-r 2, 1906).

Autor opisuje przypadek, charakterystyczny tak dla swoich objawów, jak i przebiegu. W ciągu roku chory miał stale bez przerwy objawy miejscowe, które już po 1½ tygodniu po wysypce wtórnej miały charakter wysypki okresu trzeciorzędnego (nie cały miesiąc po stwardnieniu pierwotnem) — nacieczenie i wrzody ze strupami. Momenty, sprzyjające takiemu przebiegowi przymiotu: alkoholizm i zimnica; chory od dzieciństwa cierpi na zimnicę i stale przyjmuje chininę; obadwa pogorszenia w przebiegu choroby nastąpiły po atakach zimnicy na wiosnę i latem. *M. Hirsch.*

368. D-r A. M. Czerkasskij. **Przypadek mnogiego głębokiego brudźca przymiotowego (rupialuetica).** (Russ. Żurn. koż. i wener. bolez. N-r 3, 1906).

W czasach nowszych rzadko spotykamy wykwity przymiotowe w kształcie brudźca; w epidemii przymiotu w Europie (w XV w.) częstszą właśnie ta ciężka postać była. Przypadek autora przedstawia tę jeszcze osobliwość, że zwykle wykwity brudźcowe w nieznacznej ilości bywają, natomiast w danym przypadku było ich około 200 na całym ciele chorego, wielkości od 2 do 6 ctm. *M. H.*

369. Prof. O. Lassar. **Profilaktyka i terapia łysiny.** (Deut. med. Woch. N-r 27, 1906).

Wykład ten miał autor z powodu zapytania ze sfer prawniczych: czy leczenie porostu włosów jest zadaniem lekarza, czy też nie?

Dość jest, powiada L., dowodów, wykazujących, że leczenie chorób włosów wchodzi w zakres działalności lekarza. Jak obecnie, przy rozwoju dentystryki (protezy) szpetny jest brak zębów, tak z czasem także wrażenie wywoływać będzie łysina. Niesłuszny jest pogląd, że łysina jest zanikiem starczym, wywołanym bądź to przez hulaszczce życie, bądź przez usilną pracę umysłową etc. Przyczyn łysiny jest wiele; w pierwszym rzędzie seborrhoea — łojotok, nadmierne kataralne wy-

dzielanie gruczołów włosowych, które po wyczerpaniu prowadzi do zaniku czynności. Kto podczas zamyślenia, snu i t. d. drapie się w głowę, ten niewątpliwie ma ją nie w porządku. Zdrowy włos wogóle nie wypada; to też, o ile kto przy czesaniu, na poduszce, palcami etc. wrywa sobie włosy, to jest to niewątpliwie od zmian patologicznych zależnem. Poza łojotokiem, mogą się na głowie różne choroby skóry umiejscawiać: liszaj wyłysiający, parch, łuszczyca pospolita etc., które również łysinę za sobą pociągają; wreszcie, choroby wewnętrzne: puerperium, błonica, odra, płonica, tyfus i przymiot, które przez wydzielanie toksyn po lub podczas choroby pogarszają, i tak już najczęściej istniejący, stan kataralny gruczołów włosowych. Dodać do przyczyn jeszcze należy powszechnie używane pomady i smarowidła do włosów, które, same przez się najczęściej nieszkodliwe, ulegają na głowie rozkładowi, dzięki przesądowi, szczególnie u kobiet, że woda włosom szkodzi i że głowę wystarcza raz na miesiąc myć! Przeciwnie, częste mycie, tarcie i mydlenie jest zasadniczo najlepszą prezerwatywą przeciwko wczesnej łysinie — bo wszelka łysina jest przedwczesną. Zadaniem jest domowych lekarzy przyzwyczajając dzieci (chłopców i dziewczynki) do codziennego mycia głowy energicznie mydłem; przyczem należy unikać wszelkich niezupełnie obojętnych substancji, czysto i aseptycznie (subl., kal. hyper.) utrzymywać grzebień i szczotkę i używać tylko własnych utenziów (nożyczki etc). Z kolei przechodzi autor do pytania: czy łysina już istniejąca jest uleczalna? Odpowiedź, naturalnie, przecząca: jest ona dowodem zaniku gruczołów; wyjątek stanowi alopecia areata częściowa. Leczenie sprowadza się do jednego: zmyć wszelkie, istniejące na włosach resp. na skórze, drobnoustroje, zniszczyć pasorzyty, zneutralizować wszelkie trujące wydzieliny — najlepszym jest sublimat 3—5%, u dzieci kwas salicylowy. *M. Hirsx.*

### III. Choroby oczu.

370. Hoppe (Kolonia). **Wpływ zastoiny ssącej na oko zdrowe i pewne choroby oczne.** (Münch. med. Woch. N-r 40, 1906).

Autor stosuje na wielką skalę ssawki w leczeniu chorób ocznych. Wpływ ssania na oko objawia się łzotokiem, wyna-



czynionkami i przekrwieniem. Przekrwienie utrzymuje się blisko 12 godzin.

Stosując ssanie z manometrem, przekonał się autor, że dla oka wystarczy ciśnienie 30—40 mm; wyższe działa już szkodliwie. Wzrok po ssaniu nie ulega nawet chwilowym zaburzeniom. W klozyk należy włożyć trochę waty, by ta usuwała łzy i wydzielinę i nie dozwalała brzegom powiek zanadto się wciągać.

Ssanie działa bardzo korzystnie w jęczmieniu, gradówce (chalazion), ostrem ropieniu gruczołów Meibom'a i w czyrakach brwi, gorzej za to we wrzodziejącym zapaleniu brzegu powiekowego. W jęczmieniu bolesność i obrzmienie ustępują szybko.

Lekarz praktyczny powinien być jednak jeszcze z tem leczeniem ostrożny.

*D-r Klęsk.*

## Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

371. Ch. Aubertin. **Pochodzenie szpikowe ostrej białaczki** („Origine myelogène de la leucémie aigue”). (Sem. méd. N-r 24, 1905).

Objawy ostrej białaczki są znane: przebieg ostry, gorączkowy, krwotoki (najczęściej zaczyna się od ostrej anginy), które czynią białaczkę podobną do septycemii. Organy krwiotwórcze są albo wcale nie powiększone, albo bardzo słabo obrzmiałe. We krwi znajdujemy bardzo wielką ilość komórek wielojądrowych bez ziarnistej masy (dobrze opisał je Frankel). Jądro jest bardzo duże, okrągłe lub podłużne; mało posiada chromatyny; zarodek dosyć rozwinięta, barwi się mniej lub więcej silnie za pomocą niebieskich soli zasadowych; znajdują się też we krwi duże limfocyty o zarodki nie bazofilowej i bardzo niewiele małych limfocytów, odpowiadających typowi klasycznemu.

Jaka jest natura i jakie jest pochodzenie tych specjalnych jednojądrowych komórek?

Autorowie francuscy, idąc za zdaniem Ehrlich'a, podzielili białaczkę na 2 grupy. Podział odpowiada tkankom wytwarzającym krew: 1) tkanka szpikowa, utworzona przez leukocyty ziarniste, 2) tkanka limfatyczna, utworzona przez jednojądrowe niezarniste ko-

mórki. Białaczka ostra jest pochodzenia limfatycznego dla Ehrlich'a, a komórka jednojądrowa jest komórką limfatyczną. Gilbert i Weil są zdania, że ostra białaczka jest powierzchownie limfatycznego pochodzenia, w rzeczywistości jednak — rdzeniowego; uważają oni też leukocyty ostrej białaczki za komórkę o charakterze specyalnym.

Aubertin jednak myśli, że o naturze rdzeniowej ostrej białaczki można sądzić z danych klinicznych i anatomo-patologicznych, a także i z badania krwi. Argumentem klinicznym, przemawiającym za rdzeniowym pochodzeniem ostrej białaczki, jest brak obrzmienia gruczołów limfatycznych i śledziony (klinicznie biorąc), jeżeli zaś obrzmienie istnieje, to nie odpowiada ono nigdy natężeniu białaczki; można mieć 500,000 leukocytów w 1 mil. kwadratowym bez widocznego obrzmienia gruczołów, i bez rzeczywistego, jak to wykazuje sekcya. Zkąd się więc biorą w krwiobieggu leukocyty w tak wielkiej ilości? To są dowody negatywne; do pozytywnych należą silne bóle kości, takie, jak w białaczce chronicznej rdzeniowej; bóle te wywołane bywają przez ucisk; przy końcach kości (epiphysis), a także i w różnych częściach tychże, bez względu na to, czy to są kości długie lub krótkie. To nie może nas dziwić, zważywszy, że szpik kostny często bywa siedliskiem procesów zapalnych (przekrwienia, krwotoki), dochodzących nieraz do ropienia; często też okostna bywa wzniesiona, tworząc obrzmienie widoczne dla oka.

Dla poparcia teorii rdzeniowej białaczki autor przytacza dane z badania krwi.

U chorych na białaczkę zauważyć się daje t. zw. myelemia— widzimy czerwone ciała z jądrami, a także ziarniste myelocyty, myelocyty neutrofilowe w największej liczbie 0,50—1,0 na 100 leukocytów. Niektórzy autorowie znajdowali nawet 3 i 10% myelocytów, eozynofików 1—3%; mało t. zw. Mastzellen, komórki Türk'a, mało badane; najczęściej zmieszano je z jednojądrowymi ziarnistymi komórkami. Co się tyczy czerwonych ciałek krwi z jądrem, to liczba ich dochodzi do 1 lub 2 na 100 leukocytów; w jednym przypadku (Milland) była wyjątkowo 104,000 leukocytów na 26,000 czerwonych ciałek.

Komórki z jądrami są to najczęściej normoblasty; czasem znajduje się megaloblasty i formy przejściowe. Tę reakcję rdzeniową trudno zrozumieć, jeśli przypuszczać, że białaczka jest pochodzenia limfatycznego. Risl i Ribadeau-Dumas, chcąc to wytłómaczyć, mówią, że białaczka wywołana jest bądź bezkrwistością, że jest to reakcya samoobrony.

Autor nie zgadza się na to, gdyż reakcja rdzeniowa jest bardzo wczesna i wtedy nawet, gdy czerwonych ciałek jest jeszcze dużo (3,000,000).

Inni twierdzą, że reakcja ta jest myelemią podrażnienia (myé-lemie d'irritation) wskutek zajęcia szpiku przez nową tkankę, t. j. przez limfomy przerzutowe, idące z gruczołów; nikt nie dowiódł, że to zajęcie szpiku jest wtórne, w szczególności w tych przypadkach, gdzie cierpienia szpiku są daleko posunięte, a gruczoły są prawie zdrowe; prócz tego, myelemia nie istnieje w białaczce chronicznej, która jest pochodzenia limfatycznego i w której szpik mógłby być wtórnie zajęty.

Autor uważa, że myelemia jest objawem pierwotnym, należącym do białaczki ostrej — występuje ona równolegle ze zjawieniem się komórek jednojądrowych i mononuklearów ziarnistych, jednocześnie emigrujących ze szpiku (Weil znalazł formy przejściowe komórek).

Co się tyczy anatomii patologicznej, to znajduje się głównie proliferację szpiku kostnego (znika tłuszcz, tworzy się szpik podobny do limfy); zjawia się masa komórek jednojądrowych z dużym jasnym jądrem, z zarodnią mniej lub więcej bazofilową; komórki te znajdują się także w zatokach gruczołów i w mięszu śledziony. Komórki te ciągle się rozwijają; co zaś do zmian w gruczołach, to są one nieznaczne, różnią się jednak od tych, które widzimy w chronicznej białaczce—ogólna struktura gruczołu jest zachowana; toż samo powiedzieć można o śledzionie—zmiany zachodzą głównie w mięszu, nie w ciałkach Malpighie'go, jak w chronicznej białaczce i tu przeważają komórki jednojądrowe.

Czemże jest ta komórka jednojądrowa?

Jedni przypuszczają, iż jest to leukocyt z seryi t. zw. Lymphoides, zabłąkany w tkance rdzeniowej, który tam się dopiero rozwija, zachowując swój odrębny charakter. Badania Pappenheim'a, Grawitz'a i Wolff'a doprowadziły autorów do wniosków, że wszystkie leukocyty i wszystkie elementy krwi pochodzą z jednego pierwotnego mononuklearu nieziarnistego o zarodni bazofilowej, albo może zupełnie bezbarwnej, w swej pierwotnej formie. Komórka ta powstaje w szpiku, a także w śledzionie i, niekiedy, w gruczołach. Ta komórka-matka, pokrewna komórce Dominice (t. zw. mały myelocyt bazofilowy) lub komórce Türk'a (komórka podrażnienia), daje początek myelocytom, może też czerwonym ciałkom krwi z jądrem, tworząc hemoglobinę.

W okresie ostrych bezkrwistości komórek tych będzie tem

więcej, im bardziej słabe lub nietrwale będzie odnawianie krwi — ztąd limfocytoza w anaemia pernicioso. Wreszcie, w szpiku kostnym zwyrodniałym (w anaemia pernicioso) znajdujemy jedyny element — komórkę jednojądrową niezianistą.

W ostrej białaczce podrażnienie rdzeniowe jest masowe; wyraża się ono tworzeniem komórek niezróżniczkowanych, embryonalnych — ztąd mała ilość myelocytów i komórek z jądrami, które emigrują razem z nimi do krwi. W chronicznej białaczce proces podrażnienia jest powolny — komórki mogą dojrzeć — ztąd powiększona ilość myelocytów polinuklearów młodych i starych.

Przyczyną tej proliferacyi szpiku jest infekcyja.

Weil i Holst znaleźli paciorkowce we krwi serca, trzewi i w szpiku kostnym. Na wstępie choroby zjawia się angina; niektórzy autorowie patrzą ztąd na ostrą białaczkę, jako na infekcyę wtórną, większość jednak zgadza się na to, iż jest to infekcyja pierwotna szpiku, infekcyja ostro; wchodzi ona różnemi drogami, zajmując narządy wytwarzające krew, wywołując tam nadmierną odrębną reakcyę leukocytów. Dlaczego tak się dzieje, a nie inaczej — dotychczas nie wiemy; może być, że idzie tu o reakcyę miejscową szpiku, gdy tymczasem polinukleozja jest pośrednią reakcyą — obrony ogólnej całego organizmu.

Białaczka ta dlatego jest białaczką o komórkach zarodkowych, gdyż jest ostrą.

*M. B.*

372. Marinesco. **Tężyczka pochodzenia przytarczykowego** („Tetanie d'origine parathyroïdienne“). (Sem méd. N-r 25, 1905).

Autor przypomina na wstępie, że już w r. 1880 Sandstrom opisał u kota, konia, królika i człowieka gruczolki, które nazwał glandulae parathyroideae; w r. 1891 Gley znalazł je u królika; gruczoły znajdowały się po obydwóch stronach gruczołu tarczycowego na odległości  $\frac{1}{2}$  centymetra od tegoż, idąc ku dołowi, przed art. carotis. Gley dowiódł, że królik, który jest odpornym na przyпадłości po usunięciu gruczołu tarczycowego, dostaje tężyczki, o ile wyciąć jednocześnie wyżej wspomniane gruczolki; usunięcie zaś tylko gruczolców, a pozostawienie gruczołu tarczycowego nie wywiera złego wpływu.

Tacy autorowie, jak: Moussu, Verdun, Kohn, Cristiani i in. są zdania, że gl. parathyroideae i gruczoł tarczycowy są zupełnie odrębnymi narządami, anatomicznie i patologicznie rzecz biorąc; nie mówią jednak, jakim sposobem działają gl. parathyr. w tężyczce.

Dalej, opisuje autor przypadek z własnej praktyki, w którym chora, która poprzednio czuła jakby ciężar na piersiach i duszność, a także zauważyła, że objętość jej szyi się zwiększyła, zaczęła dostawać napadów tężyczki; napady te coraz częściej zaczęły się powtarzać (najpierw zajęte były kończyny górne, potem mięśnie twarzy i szyi). Badanie wykazało istnienie objawu Chvostka, Hoffman'a, Trousseau i Erb'a, przyczem wykluczona została histerya.

Tutaj przypomina Marinesco, że za przyczyny tężyczki uważane są zwykle: 1) zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, 2) choroby infekcyjne, 3) tężyczka zjawia się epidemicznie u robotników, 4) w intoksykacjach, 5) u kobiet ciąży, po porodzie lub karmiących, 6) po usunięciu wola i w przypadkach nieobecności gruczołu tarczycowego, 7) jako powikłanie w chorobach nerwowych (histerya, epilepsya, choroba Basedow'a).

Dowiedziona jest rzeczą, że gruczoł tarczycowy u kobiet w ciąży jest stale powiększony (Lange, Meinert); jeżeli powiększenie gruczołu nie ma miejsca fizyologicznie bez interwencji lekarza, lub jeśli takowe wstrzymać przez podawanie tyreoidyny, to naraża się pacjentki, jak to wykazały liczne doświadczenia, na bardzo poważne zaburzenia—białkomocz, drgawki i t. p., tak u ludzi, jak i u zwierząt. Badania te dowiodły, że tężyczka i drgawki porodowe są bardzo do siebie zbliżone. Stan gruczołu tarczycowego wpływa też na wydzielane mleko i tak np. Drago wykazał, że dzieci, które karmiły kobiety, cierpiące na chorobę Basedow'a, miały drgawki lub tężyczkę.

Ostatnio Vassale użył wyciągu z glandul. parathyroideae wołu, jako środka przeciw drgawkom porodowym—wynik był doskonały (jak przy opoterapii tarczycowej w myxoedema), tak, iż autor twierdzi, że drgawki porodowe wynikają nie z niedostatecznego działania gruczołu tarczycowego, lecz wyżej wspomnianych gruczołków przytarczycowych.

Według danych Kocher'a, Rverdin'a, Mikulicza i in., nie wystarcza pozostawić choremu część gruczołu tarczycowego, by uniknąć tężyczki—należy pamiętać i o pozostawieniu pewnej części gruczołów, t. zw. parathyroideae.

Jakie jest podłoże anatomo-patologiczne tężyczki—dotychczas nie wiadomo; jedni znajdowali zaburzenia w korze mózgowej, inni w komórkach korzeniowych mleczu pacierzowego, w korzeniach przednich, lub też w samych nerwach obwodowych; ze względu jednak, iż tężyczka bardzo podobną jest do tężca, można przypu-

szczać, że jad działa głównie na komórki korzeniowe przedniego rogu, wprowadzając je w stan nadmiernego podrażnienia.

Co się tyczy leczenia, to zdaje się jest rzeczą jasną, iż najlepiej działać może wyciąg z gruczołów t. zw. parathyroideae; pominiawszy jednak trudność otrzymania takowego, należy przypomnieć wyniki doświadczeń Biedl'a, który otrzymywał tylko czasowe polepszenie, zastrzykując zwierzętom pozbawionym gl. parathyr. wyciąg z tychże gruczołów wołu; przeciwnie zaś, podawanie dużych dawek gruczołu tarczycowego (26 do 30 zrazów gruczołu tarczycowego wieprza) dało znakomite polepszenie w tężycze.

Zjawiska te, acz paradoksalne, dają nam do myślenia, iż pomiędzy gruczołem tarczycowym a gl. parathyr. istnieje pewien łącznik, pomimo różnic anatomicznych i fizjologicznych.

Co się tyczy chorej autora, to ta po leczeniu wyciągiem z gl. parathyroideae wołu znacznie się poprawiła — objawy Trousseau, Chvostka i Hoffman'a zniknęły; drgawki się nie zjawiały tak często.

Tak więc znaczenie gl. parathyr. jest niezaprzeczone; może ich działanie, lepiej zbadane, pozwoli nam w przyszłości zrozumieć niektóre objawy epilepsji, drgawek porodowych — dodaje autor na zakończenie.

M. B.

373. **Leczenie meningitis cerebrospinalis epidemica** za pomocą lawatyw salicylowych dało dobre bardzo wyniki d-rowi Seibert'owi z Nowego Yorku; stosuje on je w dawkach różnych. W jednym przypadku dał 20-letniej kobiecie lawatywę z 0,90 salicylu sody, przyczem środek rozpuszczono w łyżce wody gorącej, powtarzając lawatywę co godzinę 10 razy; po przerwie 12-godzinnej rozpoczął on drugą seryę; trzeciego dnia dano 6 lawatyw, 7-go tylko trzy. U trzech innych chorych stosował autor lawatywy po 0,90, co 6 godzin. We wszystkich przypadkach nastąpiło wyzdrowienie — nawet wtedy, gdy stan był beznadziejny; przebieg trwał niejednakowo długo.

Wiadomą jest rzeczą, że w meningitis cerebrospinalis epidemica używano już dawniej salicylu, dawano go jednak per os, co wywoływało zaburzenia ze strony żołądka.

M. B.

(Sem. méd. N-r 25, 1905).

374. **Leczenie nadkwaśności żołądka za pomocą dużych dawek T-ra nuc. vomic.**, i to przez dłuższy przeciąg czasu dało doskonałe wyniki d-rowi Musser, w szczególności w tych zaburzeniach żołądkowych, które towarzyszą neurastenii. Chorzy dochodzą do tego,

iż doskonale znoszą po 60 kropeł na dawkę (3 razy dziennie) nalewki nuc. vomic. Wogóle, przy rozpoczynaniu leczenia należy, zaczynając od słabych dawek, coraz bardziej takowe powiększać i zatrzymać się dopiero wtedy, gdy chory uczuwa lekką sztywność karku i niewielki zawrót głowy. Wtedy powraca się do 5 lub 10 kropeł dziennie, starając się, o ile można, powiększać dawkę po upływie kilku dni.

Leczenie powinno trwać od 3 do 4 miesięcy. Autor zaznacza też, że nalewka nuc. vomic. jest daleko lepszą, niż alkaloid jego—strychnina.

*M. B.*

(Sem. méd. N-r 24, 1905).

375. **Wartość chlorku barytu jako środka nasercowego** jest podobno wielka, według badań Mięsowicza z Krakowa. Chcąc wykluczyć działanie zmiany sposobu życia, jakie daje pobyt w szpitalu, autor obserwuje chorych przez kilka dni, każąc im leżeć w łóżku, przekonawszy się zaś, że spokój nie daje żadnego polepszenia, stosuje chlorek barytu po 0,03—0,05 na dawkę trzy razy dziennie w 2 godziny po jedzeniu. W 2 godziny po podaniu leku liczono tętno i mierzono ciśnienie krwi w ciągu leczenia, a także określano ilość i ciężar gatunkowy moczu.

Chlorek barytu działa głównie na ciśnienie krwi, które podnosi dosyć znacznie; stąd wniosek, że środek ten może oddać doskonałe usługi w niedomodze serca, o ile, rozumie się, ciśnienie nie jest podwyższone.

W każdym bądź razie, Mięsowicz dochodzi do przekonania, że wartość chlorku barytu jest mniejsza, niż naparstnicy.

(Sem. méd. N-r 25, 1905).

*M. B.*

376. **Kirschner. Zastrzykiwania parafiny do tkanek ludzkich.** (Virchow's Archiv. Tom 182, str. 349, 1905).

Jak wiadomo, stosuje się z dobrym wynikiem zastrzykiwania parafiny pod skórę dla naprawy przyrodzonych zbroczeń, lub też wytworzonych przez rozmaite zabiegi operacyjne.

Byłoby bardzo ciekawem dowiedzieć się, jak reagują tkanki na takie zastrzykiwania parafiny i czy można mieć nadzieję, że parafina zostanie w tkankach na czas długi bez zmiany.

Aby to wyświetlić, autor robił najrozmaitsze badania i otrzymał bardzo ciekawe wyniki. Okazało się, że naokoło parafiny nie wytwarza się kapsułka, jak to ma miejsce naokoło innych ciał obcych. Parafina, przeciwnie, organizuje się zupełnie tak, jak za-

krzep. Tkanka łączna przerasta parafinę, która powoli zupełnie się wsysa. Po wessaniu się wytwarza się kurcząca się blizna.

Jeżeli właśnie te otrzymane wyniki okażą się w praktyce prawdziwymi, to znaczenie zastrzykiwań parafiny odnośnie do trwałości znacznie się zmniejszy, gdyż po upływie pewnego czasu po wessaniu się parafiny blizna się skurczy i będziemy mieli mniej więcej to samo, co przed zastrzyknięciem. W. B.

## Kronika bieżąca.

— *Od Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.* Zarząd Stowarzyszenia ma zaszczyt zawiadomić Szanownych Kolegów, że ze wszystkimi interesami i zapytaniami należy się zwracać do niżej podpisanych: prezesa i sekretarza Zarządu, tymczasowo w ich prywatnych mieszkaniach.

Prezes Teodor Dunin — Chmielna 34.


Sekretarz Szczęsny Bronowski — Żórawia 33.

— Przewodniczącym Sądu koleżeńkiego Stow. Lek. Polskich został kol. H. Nussbaum, sekretarzem — kol. J. Winiarski.

— W wydziale lekarskim Uniwersytetu lwowskiego dotychczasowy zwyczajny profesor higieny, d-r Stanisław Badzyński, otrzymał nominację na profesora zwyczajnego chemii lekarskiej; docent prywatny higieny, d-r Karol Kuczora, mianowany profesorem nadzwyczajnym.

— X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w lipcu 1907 r. we Lwowie. Odezwę podpisali komisarze na Warszawę: prof. Baranowski, kol. Rychliński i p. W. Leppert. Przewodniczącym Zjazdu jest d-r Bylicki.

**Zmarli.** D-r Józef Jankowski dnia 5 listopada r. b. w Warszawie, w wieku lat 68.

 Zwracamy uwagę czytelników na insert w dziale ogłoszeń zamieszczony: „Program Kursów dla lekarzy”.

Redaktor: Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.